

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE ^{N°} 378

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 2 juin 1898, à 1 heure

Par EMILE KRIEN

Né à Landerneau (Finistère), le 27 septembre 1871

DE LA

RUPTURE DES SALPINGITES PURULENTES

SIMULANT L'HÉMATOCÈLE

Président : M. BERGER, professeur.

Juges { MM. CAMPENON, professeur.
SCHWARTZ et BRUN, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

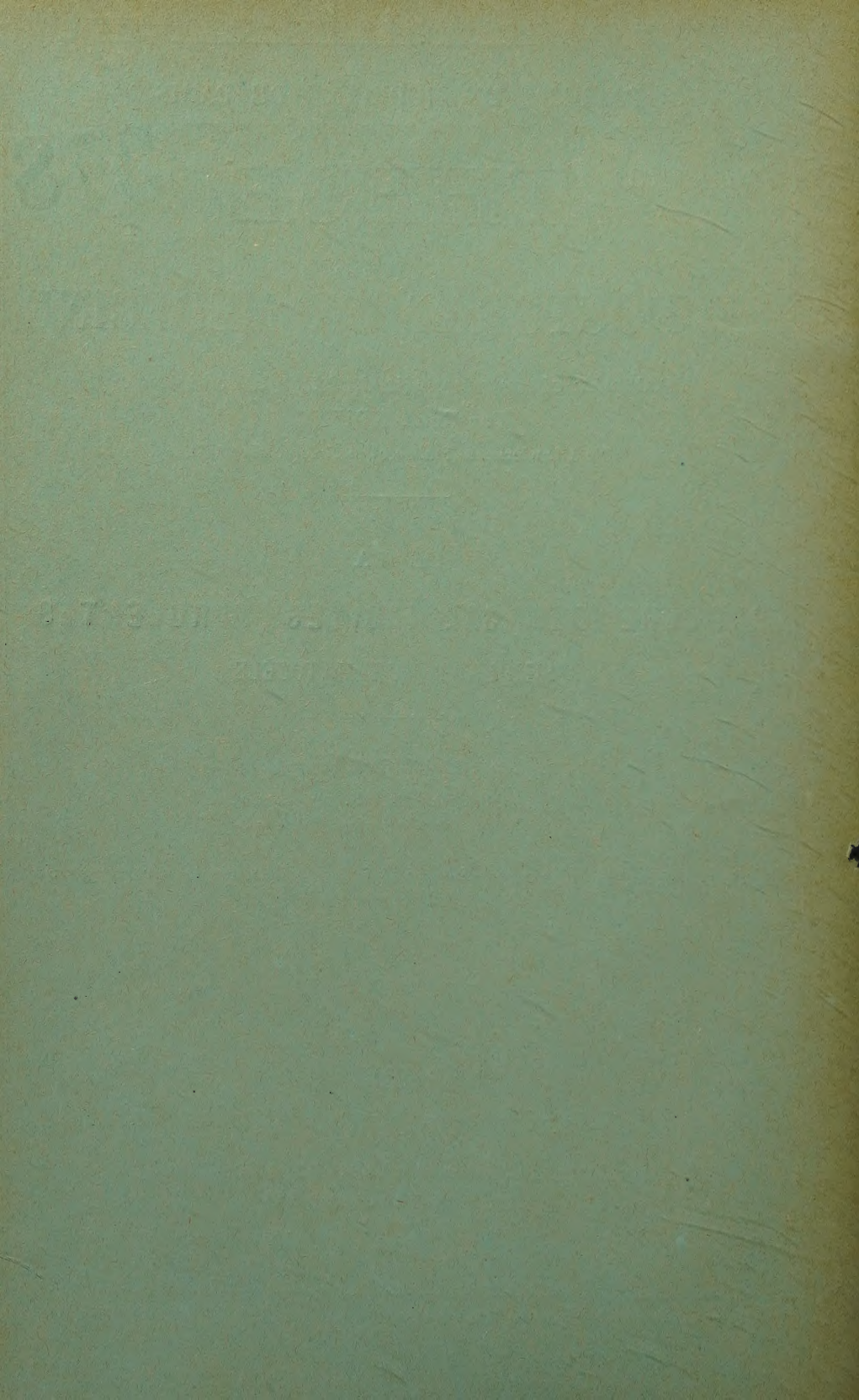
PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898



378

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 2 juin 1898, à 1 heure

Par EMILE KRIEN

Né à Landerneau (Finistère), le 27 septembre 1871

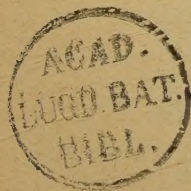
DE LA

RUPTURE DES SALPINGITES PURULENTES
SIMULANT L'HÉMATOCÈLE

Président : M. BERGER, professeur.

*Jugés : MM. CAMPENON, professeur.
SCHWARTZ et BRUN, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

—
1898

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Boyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBENE
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	TILLAUD.
Clinique chirurgicale	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	N.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ACHARD	GILBERT	MÉNÉTRIÉR	THIERRY
ALBARRAN	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
ANDRE	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BAR	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BONNAIRE	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
BROCA	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTÉRIER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA GRAND' MÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Membre de l'Académie de médecine.
Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

DE LA

RUPTURE DES SALPINGITES PURULENTES

SIMULANT L'HÉMATOCÈLE

~~~~~

INTRODUCTION

Comme l'indique notre titre « Rupture des salpingites purulentes simulant l'hématocèle », nous n'avons pas l'intention de faire l'histoire complète des ruptures des pyosalpinx.

Nous limiterons volontairement notre travail à un groupe de faits peu étudiés jusqu'à ce jour, et dont l'importance est cependant très grande au double point de vue du diagnostic et des indications opératoires.

C'est à propos de la malade de notre observation II, que M. Campenon a spécialement attiré notre attention sur les ruptures salpingiennes simulant l'hématocèle et sur les conséquences opératoires qui en découlent, et qu'il nous a conseillé d'en faire le sujet de notre thèse.

Le fait suivant, qu'il a bien voulu nous communiquer, va d'ailleurs poser nettement le but que nous poursuivons dans ce travail :

## Observation I

*Communication orale.* « En 1891 à l'hôpital Broussais, entre dans mon service au mois d'octobre, une infirmière présentant tous les signes d'une salpingite suppurée adhérente droite. Au mois de septembre précédent, à la fin de ses règles, elle aurait été atteinte subitement d'une douleur aiguë avec phénomènes péritonéaux, qui aurait été à ce moment diagnostiquée hématoécèle. Elle est très affirmative sur cette expression et les renseignements, que nous faisons prendre, nous confirment absolument. En conséquence, tenant compte tout à la fois des commémoratifs et des symptômes actuels, nous portons le diagnostic d'hématoécèle suppurée. *Laparotomie* : Des anses d'intestin grêle adhérent à la tumeur qui a le volume d'une mandarine. A peine a-t-on touché à ces adhérences, pour essayer de les détacher, qu'un flot de pus s'écoule sans la moindre trace de sang ni de caillots. Il n'existe aucune poche salpingienne, mais seulement une cavité limitée par des adhérences friables, ainsi que nous venons de le dire.

L'interrogatoire précis fait le lendemain de l'opération montrait que les grands symptômes propres à l'hématoécèle (hémorrhagie interne, poussées sur le rectum, retentissement péritonéal général) avaient fait défaut. On apprenait aussi qu'il y avait un passé morbide du côté des annexes.

La malade succombait, du pus étant tombé dans la grande cavité péritonéale malgré toutes les précautions prises.

En résumé, début subit de douleurs ayant fait croire à une hématoécèle ; laparotomie montrant qu'il s'agit d'une salpingite rompue et limitée seulement par des adhérences friables ».

Nous étudierons successivement l'anatomie pathologique, l'étiologie, les symptômes, le diagnostic, les indications thérapeutiques, rappelant brièvement d'une façon générale chaque fois ce qui a trait au pyo-salpinx dans son évolution ordinaire, mais insistant particulièrement sur la forme spéciale qui fait le sujet de notre travail.

Au point de vue historique nous citerons M. Delbet (1) et les paroles suivantes empruntées à M. Pozzi (2). : « Cliniquement les abcès pelviens ne sont le plus souvent que les phases ultimes de l'évolution des pyo-salpinx et aucune démarcation ne les sépare au point de vue symptomatique. Quelquefois cependant, des phénomènes aigus marquent le passage de la suppuration des trompes et des ovaires de la forme circonscrite (pyo-salpinx, abcès de l'ovaire) à la forme diffuse. S'il y a issue de pus dans le péritoine du petit bassin, ou simplement inflammation périphérique, la douleur peut subitement apparaître, vive, syncopale et accompagnée de phénomènes analogues à ceux de la péritonite : frissons, vomissements, ballonnement du ventre, facies grippé, pouls filiforme. En même temps, la fièvre, qui avait pu manquer jusque-là ou n'être appréciable qu'à une exploration thermométrique très attentive, se montre et affecte de préférence le type rémittent à exaspération vespérale ».

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier tous ceux qui ont été nos maîtres

1. Delbet. *Traité des suppurations pelviennes chez la femme* (1891).

2. Pozzi. *Traité de gynécologie*, 3<sup>e</sup> édition.

dans les hôpitaux et n'ont cessé de nous prodiguer leurs conseils et les lumières de leur expérience.

M. Campenon, professeur agrégé, s'est efforcé de nous apprendre à examiner méthodiquement les malades, pour pouvoir poser le diagnostic et discuter l'opportunité d'une intervention ; c'est à ses leçons savantes et pratiques que nous devons une bonne partie de nos connaissances chirurgicales. Il nous a indiqué le sujet de notre thèse et permis de recueillir dans son service les observations que nous publions ; et il a eu la bienveillance de diriger notre travail. Nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer ici toute notre reconnaissance.

M. Rendu, professeur agrégé, a bien voulu nous admettre dans son service hospitalier et nous a initié aux difficultés de l'auscultation et de la clinique médicale ; qu'il nous permette de lui dire notre respectueuse gratitude.

Nous prions M. le professeur Pinard et M. Porak de recevoir l'expression de notre reconnaissance pour les enseignements qu'ils nous ont donnés dans l'art des accouchements.

Nous remercions M. Rudaux, interne à la Charité, des renseignements, qu'il nous a donnés pour la rédaction de nos observations.

Que M. le professeur Berger veuille bien recevoir nos remerciements respectueux, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. — A l'état normal la trompe est située dans l'aile-  
ron supérieur du ligament large entre l'ovaire qui est  
en arrière et le ligament rond qui est en avant ; par son  
extrémité interne, elle se continue avec l'utérus ; par son  
extrémité externe, elle est reliée à l'ovaire par le ligament  
tubo-ovarien ; elle est très mobile sur place, surtout dans  
sa portion externe. La trompe a une longueur totale de  
10 à 12 centimètres ; on l'a divisée en trois segments :  
le segment interne situé dans l'épaisseur de l'utérus ; le  
segment moyen comprenant l'isthme et une partie plus  
large, l'ampoule ; le segment externe ou pavillon dont l'ou-  
verture regarde habituellement en bas en arrière et en  
dedans et dont la circonférence est constituée par une  
série de languettes découpées, les franges ; une de ces  
franges plus longue la relie à l'ovaire (1).

Le plus habituellement la salpingite est la conséquence  
d'une métrite d'origine puerpérale ou gonococcique ; elle  
peut également provenir, mais plus rarement, d'une cause  
générale.

La salpingite est d'abord catarrhale avant de devenir

1. Testut, *Anatomie descriptive*. Tome III, 1894,

purulente ; l'inflammation de la muqueuse détermine un gonflement qui amène l'occlusion ou la simple cohésion de l'orifice de la trompe ; les produits purulents secrétés par la muqueuse s'accumulent en arrière de l'obstacle et l'abcès de la trompe est constitué.

L'orifice péritonéal se ferme assez vite ; l'adhérence peut se faire par soudure de la face muqueuse des franges du pavillon ; cela est rare la muqueuse n'étant prise que tardivement.

Dans d'autres cas, l'adhérence se produit entre les faces externes séreuses des franges repliées en dedans ; l'ovaire lui-même peut adhérer à la trompe et constituer un kyste tubo-ovarien. L'orifice utérin peut rester ouvert, mais dès que l'inflammation envahit la trompe, la muqueuse obstrue l'orifice sans l'oblitérer et cet orifice peut se désobstruer dans certains cas et livrer passage au liquide ; mais l'obstruction peut être complète, grâce à la tuméfaction de la muqueuse et si l'on en croit Chiari et Schauta à un épaissement de la musculuse, qui se manifeste sous la forme de petits noyaux (1). C'est à ses trois états de l'orifice utérin que correspond la division de Froriep en *hydrops tubæ apertæ*, *hydrops tubæ profluens* et *hydrops tubæ occlusæ*.

Les deux trompes sont-elles toujours envahies par l'infection ?

Autrefois on soutenait que les lésions étaient toujours bilatérales ; actuellement on admet qu'il n'est pas rare de les constater localisées à un seul côté (Lawson Tait). On peut, pour expliquer cette différence d'opinion, admet-

1. Delbet. *Traité des suppurations pelviennes chez la femme*.

tre avec M. Le Docteur Delbet que la salpingite est d'abord unilatérale et que l'autre trompe n'est envahie que si on laisse le tout évoluer sans traitement ; aujourd'hui on opère plus tôt et par suite on peut ne voir que la première phase.

La trompe envahie par le pus, dépasse rarement le volume d'une orange et la quantité de liquide varie de quelques gouttes à 300 grammes ; habituellement on trouve de 30 à 100 grammes.

Cependant elle peut acquérir un volume plus considérable ; M. le Dr Bardet (1) relate une observation prise à la clinique de Göttinger, où une femme examinée par le professeur Schwab présentait une tumeur élastique mobile occupant en partie l'entrée du bassin, remontant à gauche, presque jusqu'au nombril, et à droite arrivant à égale distance du nombril et du pubis ; par le cul-de-sac postérieur on pouvait sentir de la fluctuation. Par la laparotomie on reconnut que les tumeurs étaient formées par les trompes.

M. Bouilly a rapporté à la Société de chirurgie, en 1890, une observation où il retira par ponction deux litres et demi de pus, d'une salpingite purulente. Dans un cas de M. Lucas-Championnière, il y avait 1.200 à 800 grammes de liquide.

M. Reynier a trouvé un pyo-salpinx du volume du poing d'un adulte. M. Montprofit (2) dit que les salpingites purulentes peuvent acquérir le volume d'une tête de

1. Bardet. Thèse Paris, 1883.

2. Montprofit. Thèse Paris, 1888.

fœtus. Ces cas sont des exceptions et nous avons indiqué plus haut le volume habituel du pyo-salpinx.

La trompe peut se dilater régulièrement ; elle présente alors, suivant la quantité de pus qu'elle contient, la forme d'une saucisse ou celle d'une poire.

La dilatation de la trompe peut être irrégulière, d'où il peut résulter une série de rétrécissements et de bosselures, qui donnent l'aspect d'un chapelet, ou si elle est plus grosse d'un cœcum. On voit sur une coupe autant de passages rétrécis faisant communiquer des ampoules pleines de liquide (1).

La dilatation porte principalement sur les deux tiers externes du conduit et principalement sur la partie ampullaire. « Il est exceptionnel de trouver la partie interne aussi dilatée que la partie externe, et absolument rare de la trouver seule dilatée, comme cela est arrivé à M. Pozzi. (2) » M. Bardet, dans sa thèse, donne comme causes de la grande fréquence du pus dans la partie ampullaire la dilatation préexistante, la minceur et l'extensibilité de la paroi en ce point. Il y aurait aussi en cet endroit d'après Hennig, Portal, Bowman et Leydig, des glandes assez volumineuses ; mais Kölliker, Robin, Cadiat, Sappey, Tarnier, Chantreuil, Testut nient la présence de ces glandes.

Au niveau de la collection purulente, la muqueuse présente une teinte ardoisée ; elle est revêtue de végétations arborescentes anastomosées. Les cils vibratiles de l'épithélium de la muqueuse tombent presque partout ; les cel-

1. Tanguy. Thèse Paris, 1894,

2. Delbet. *Loco citato*.

lules épithéliales se déforment, deviennent cubiques ou plates, ne conservant leur forme que dans les sillons qui séparent les plis. Toute l'épaisseur de la paroi est du reste infiltrée de cellules migratrices rondes, et les vaisseaux sont volumineux et dilatés (1).

MM. Cornil et Terrillon (2) notent que dans les pyosalpingites chroniques, la paroi fibro-musculaire de la trompe est notablement épaissie ; cet état tient non seulement à une infiltration de la paroi par des cellules lymphatiques, mais aussi à un épaississement avec condensation. M. le Docteur Mordret, dans sa thèse de 1890, insiste également sur ces lésions de sclérose des parois. Martin (3) dit avoir rencontré cette hypertrophie de la tunique musculieuse, mais pas à un degré aussi prononcé que celui qu'indique Kalténbach.

On comprendrait difficilement qu'une rupture puisse se produire dans une trompe présentant des parois aussi résistantes. Mais à côté de cette hypertrophie, il existe fréquemment des points faibles, notamment, dit M. Pozzi, à l'endroit qui correspond aux adhérences du pyosalpinx en arrière. Cet amincissement résulte de troubles trophiques ou même d'ulcérations véritables.

Après avoir perdu leur revêtement épithélial, les plis de la muqueuse disparaissent comme rongés ; ce processus ulcéreux ne s'arrête pas toujours à la muqueuse ; préparé par l'infiltration embryonnaire de la paroi et l'alté-

1. Pozzi. *Traité de Gynécologie*.

2. Cornil et Terrillon. *Archives de physiologie* (1887).

3. Martin. *Traité clinique des maladies des femmes*. Traduction Varnier.

ration des vaisseaux, il peut pénétrer profondément et perforer la trompe (1).

L'extrémité d'une trompe malade décrit une légère courbure à concavité postérieure, qui la fait passer derrière l'ovaire.

La région ampullaire est donc en rapport avec le feuillet postérieur du ligament large, en quelque sorte suspendue au-dessus de la fossette rétro-ovarienne ou du cul-de-sac de Douglas. Envahie par l'inflammation, alourdie par le pus, elle tend à tomber dans le cul-de-sac de Douglas derrière l'utérus, et c'est là qu'on la trouve le plus souvent ; les autres situations qu'elle peut occuper sont exceptionnelles ; on peut cependant la trouver dans un des culs-de-sac latéraux (2).

M. Delbet pense que l'envahissement du ligament large possible quand la tumeur occupe le tiers interne de la trompe, est à peu près impossible dans les cas ordinaires, où c'est la paroi ampullaire qui est dilatée ; il constate cependant que cette présentation de la trompe dans les ligaments larges a été assez souvent notée par d'habiles observateurs. Les trompes peuvent se trouver au-dessus du ligament large, au-dessus de l'utérus, parfois en avant de l'utérus, mais ces cas sont rares.

En résumé les pyo-salpinx se trouvent le plus souvent en arrière de l'utérus, en avant du rectum dans le cul-de-sac de Douglas ; or dans ce cul-de-sac descendent ordinairement quelques anses d'intestin grêle ; ce fait a de l'importance pour le point de vue qui nous occupe.

1. Delbet. *Loco citato*.

2. Delbet. *Loco citato*.

II. — Quant au travail inflammatoire déterminé autour de la trompe, trois cas peuvent se présenter (M. Campenon).

1<sup>o</sup> Tantôt il y a absence absolue d'adhérences protectrices et dès lors, en cas de rupture, éclate une péritonite suraiguë généralisée.

On en trouve des exemples dans la thèse du D<sup>r</sup> Seuvre (1874), dans celle du D<sup>r</sup> Bardet (1883), dans les *Conférences cliniques* de M. Bernutz, dans le *Traité des suppurations pelviennes* de M. Delbet. M. Terrillon en a publié un exemple à la Société de chirurgie en 1887.

2<sup>o</sup> Tantôt le travail inflammatoire périphérique, marchant pour ainsi dire du même pas que la salpingite, forme une coque épaisse, néo-membraneuse, qui empêchera pour ainsi dire une rupture proprement dite de se produire au point de vue symptomatique. La trompe pourra bien se perforer, mais la barrière protectrice limitera immédiatement les accidents, et ce ne sera au point de vue clinique qu'une poussée un peu plus aiguë que la précédente.

3<sup>o</sup> Mais dans un troisième cas, et ce sont ces faits que nous avons particulièrement en vue, le travail de réaction périsalpingien n'est qu'à peine ébauché au moment où la perforation se produit; dans ces faits, comme dans nos observations I et II la barrière entre la cavité purulente et la séreuse péritonéale n'est formée que par les adhérences entre les anses intestinales.

Ces adhérences faibles préexistent-elles à la perforation, ou sont-elles le fait d'une péritonite secondaire? C'est un point que nous ne pouvons préciser. Il se pour-

rait qu'un pus peu virulent ne sortant qu'en gouttelette puisse provoquer des accidents uniquement de péritonite localisée; nous n'avons pas de documents pour juger la question:

En résumé la salpingite suppurée peut se présenter à l'opérateur, anatoniquement parlant, sous trois aspects bien différents :

1° Collection de pus dans la trompe distendue avec peu ou pas d'adhérences périphériques.

2° Existence d'une poche plus ou moins distendue à parois épaisses; adhérence intime aux parties voisines; mais cependant poche épaisse, décorticable et enucléable en totalité ou par morceau.

3° Cavité purulente limitée uniquement à sa partie supérieure par les adhérences de l'intestin grêle à lui-même sans poche proprement dite; le grand épiploon, l'appendice iléo-cœcal (observation III) peuvent également faire partie de la paroi kystique.

## ÉTIOLOGIE

Nous avons dit à l'anatomie pathologique, que sous l'influence du processus ulcéreux, il pouvait se faire des ruptures spontanées de la trompe ; différentes circonstances peuvent agir comme causes provocatrices.

On a cité la congestion menstruelle (Bernutz) (notre observation IV), un refroidissement à la fin des règles (Montprofit), le toucher vaginal (Seuvre), une chute sur le flanc contre une pierre taillée en angle (Bardet). M. Terrillon a publié dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* (1887) l'observation d'une femme chez laquelle la rupture d'un pyo-salpinx fut provoquée par une secousse brusque, ressentie en voiture pendant son transport à l'hôpital. Dans la thèse de M. Seuvre, on a également incriminé le coït, une injection vaginale, des scarifications du col de l'utérus, l'ablation d'une tumeur de la cavité utérine.

Martin (1) admet que la rupture peut survenir à la suite d'une augmentation rapide du contenu de la trompe et la surdistension des parois. M. Delbet (2) n'admet pas cette cause, parce que, dit-il, des ruptures peuvent se produire alors que le pyo-salpinx communique avec l'utérus et qu'il est déjà spontanément ouvert. Mais il recon-

1. Martin. *Loco citato*.

2. Delbet. *Loco citato*.

naît que la rupture peut se produire par le tiraillement des adhérences, soit par des mouvements communiqués soit par des mouvements physiologiques des organes adhérents. Il cite à ce propos une observation de Merman, où les douleurs éclatèrent immédiatement après l'abaissement de l'utérus par une pince de Museux. La trompe entraînée d'un côté par l'utérus, retenue de l'autre par les adhérences, n'avait pas résisté à ces deux forces adverses et s'était déchirée entre leurs points d'application.

On trouve deux cas analogues, dans la thèse de Seuvre et dans celle de Siredey (1); dans l'un les accidents suivirent le redressement d'un utérus en rétroversion, dans l'autre d'un utérus en rétroflexion.

M. Pozzi a rapporté à la Société de chirurgie en 1895 l'observation suivante :

« J'ai l'honneur de vous apporter des pièces fort instructives au point de vue des méfaits dont le massage gynécologique peut être responsable, lorsqu'il est appliqué mal à propos. Je les ai recueillies sur une femme qui avait été massée dans un service hospitalier de Paris pour des accidents douloureux attribués à une ancienne hématocele. Il s'agissait en réalité, comme j'ai pu le vérifier, devant mon opération d'un double pyo-salpinx de petit volume.

Les résultats de cette thérapeutique intempestive ne se sont pas faits attendre; des douleurs vives avec perte de sang et production des symptômes classiques des lésions annexielles m'ont conduit à pratiquer une laparotomie et voici ce que j'ai trouvé : à gauche la trompe est,

1. Siredey. Thèse 1860.

vous le voyez, transformée en un sac à parois épaisses et tomenteuses présentant les caractères habituels du pyosalpinx, et cependant elle ne contient que du sang récemment épanché. Autour d'elle, il y avait des adhérences péritonéales et un abcès de périsalpingite récente. A droite il n'y a pas de lésions suppuratives voisines, mais la trompe contient du pus mélangé à une certaine quantité de sang. Or l'interprétation de ces lésions ne me paraît pas douteuse; c'est le massage d'un double pyosalpinx qui a provoqué les hémorrhagies intra-tubaires, et ce qui est plus grave, c'est encore lui qui a provoqué l'expression, hors du pyosalpinx gauche, d'une certaine quantité de pus, qui s'est heureusement enkysté, mais qui aurait pu provoquer une péritonite suraiguë. J'insiste sur ce point que la malade, au moment où elle a été massée, ne présentait pas de symptômes aigus et qu'on avait simplement cru à des résidus plastiques ou à des adhérences. Cela prouve combien le massage peut être dangereux et combien les indications sont difficiles à préciser. »

MM. Bouilly, Lucas-Championnière, Richelot et Rou-tier ont également insisté, à la même séance de la Société de chirurgie, sur les méfaits du massage dans les cas où il n'était pas formellement indiqué, et notamment dans les pyosalpinx.

Chez nos malades nous notons deux fois l'influence des règles; c'est à la fin que la rupture s'est produite (observations I et IV); deux fois les accidents sont survenus huit jours après la fin des règles mais sans cause précise (observations II et III).

## SYMPTOMES

Nous laissons de côté volontairement la symptomatologie générale du pyo-salpinx pour nous attacher uniquement aux faits qui peuvent simuler l'hématocèle.

Nos observations II et III nous en donnent des exemples très nets :

Subitement la malade est prise d'une douleur aiguë, d'abord dans un côté du ventre, puis irradiant dans une partie de l'abdomen, ou même envahissant tout l'abdomen (M. Pozzi), avec propagation possible dans le membre inférieur correspondant. Elle est obligée de cesser tout travail et de se coucher.

Au bout de quelques heures surviennent des nausées ou même des vomissements. A ce moment ballonnement du ventre généralement modéré, surtout dans la partie hypogastrique.

Les mictions sont difficiles ou douloureuses ainsi que la défécation ; on observe de la constipation. Au bout de 2 ou 3 jours les symptômes se calment ; peu à peu tout rentre dans l'ordre et progressivement la douleur devient supportable.

Reprenons ces symptômes un par un pour les analyser en détail.

I. — La douleur est subite et intense d'emblée dans les observations que nous rapportons ; mais parfois ce n'est qu'en une ou deux heures qu'elle atteint son paroxysme (M. Campenon).

Malgré son acuité, elle ne foudroie pas les femmes, comme le fait l'hématocèle. Dans son irradiation abdominale, elle ne gagne pas tout le ventre ; elle se limite généralement à la zone sous-ombilicale, en maintenant une prédominance très accusée au point de départ initial. Elle a été précédée ou non antérieurement de douleurs vagues hypogastriques. Si nos deux malades des observations II et III n'avaient jamais souffert, chez les autres sujets, il y avait toujours un passé (M. Campenon).

II. — Le retentissement péritonéal, en tant que manifestations digestives, est peu accusé ; souvent il n'y a que des nausées. Le ballonnement du ventre est faible et peu accusé : il est volontiers irrégulier portant plus spécialement sur la région douloureuse. MM. Pozzi et Delbet signalent le ballonnement général.

III. — Il n'existe aucun phénomène indiquant une compression vésicale ; pas de besoins fréquents d'uriner ; c'est plutôt la parésie vésicale qui domine : elle peut être assez forte pour nécessiter le cathétérisme. Si la malade urine spontanément la fin est douloureuse et laborieuse comme dans les péritonites.

IV. — Du côté du rectum, on n'observe pas de pesanteur, ni de faux besoins d'aller à la garde-robe. On a pu noter, au contraire, l'absence de besoins et de selle pendant deux ou trois jours, (M. Campenon). Les garde-robes quand elles se produisent sont le plus souvent dou-

loureuses au passage. Les gaz eux-mêmes peuvent être douloureux.

V. — Nous n'avons jamais noté de tendance ni à la syncope, ni à la lipothymie, pas plus que du refroidissement manifeste des extrémités.

VI. — Il serait très important de connaître d'une façon précise l'état de la température et du pouls. Malheureusement nous n'avons personnellement qu'un seul exemple à cet égard; c'est celui de la malade de notre observation II. Portée à la salle Petit peu d'heures après le début des accidents, elle avait déjà 38°4. Rapprochant de ce fait, nous signalerons l'opinion de M. Delbet (1) disant que dans les pelvi-péritonites la douleur et la fièvre apparaissent simultanément. Nous rappellerons également les lignes déjà citées de M. Pozzi (2): « La fièvre qui avait pu manquer jusque-là... se montre et affecte de préférence le type rémittent à exaspération vespérale ».

Pour le pouls, M. Alphonse Guérin (3) l'a le plus souvent trouvé fort et plein comme dans les maladies inflammatoires qui ne sont pas engendrées par une cause septique; pour lui la force des pulsations artérielles ne constitue pas un signe distinctif entre l'hématocèle et la pelvi-péritonite.

Pour M. Delbet « dans la pelvi-péritonite, comme dans la péritonite généralisée, le pouls est petit, filiforme, irrégulier, et surtout d'une extrême fréquence, tandis que la température reste à 38° 5 ou 39 au plus. Cette discordan-

1. Delbet. *Loco citato*.

2. Pozzi. *Loco citato*.

3. Alphonse Guérin. *Leçons classiques sur les maladies des organes génitaux de la femme*.

ce entre l'état du pouls et l'élévation de la température a une grande valeur ; elle doit immédiatement éveiller l'idée d'une affection du péritoine ».

Pour M. Pozzi également, le pouls est petit et filiforme dans l'apparition brusque des abcès pelviens. C'est ce caractère que nous avons trouvé chez la malade de notre observation II,

VII.— *Signes physiques*.— 1<sup>o</sup> Interrogée sur le gonflement du ventre la malade accuse une augmentation de volume plutôt modérée. Chez notre malade (observation II) le ballonnement de l'abdomen était peu accusé et surtout irrégulier, il existait principalement dans la région hypogastrique.

2<sup>o</sup> Au palper on ne trouve pas de grosse tumeur ; il n'y a rien de limité. On éveille, par la palpation d'une des fosses iliaques, une douleur très vive, empiétant plus ou moins sur la ligne médiane. Cette douleur est surtout ressentie au moment où l'on retire la main. Ce dernier symptôme signalé par MM. Gallard (1) et Terrillon (2), notre maître, M. Campenon, nous l'a plusieurs fois fait constater.

3<sup>o</sup> Au toucher l'utérus est peu ou pas réfoulé en masse, comme dans l'hématocèle. On éveille dans l'un des culs-de-sac une douleur très vive qui fait fuir la femme sous le doigt qui explore (M. Campenon). Au début, par suite de l'acuité de cette douleur, on n'a qu'une sensation vague par l'impossibilité de toucher sérieusement.

1. Gallard. *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*.

2. Terrillon. *Leçons de clinique chirurgicale*.

Plus tard, c'est la sensation de la salpingite ordinaire mal limitée.

Le toucher rectal, qui dans la suite peut donner de précieux renseignements, n'est au début pas plus utile que le toucher vaginal.

Quand les accidents sont clamés, le palper bimanuel (vaginal ou rectal) donne la sensation d'une poche à parois plus ou moins épaisses, immobile ; tantôt elle est accolée à l'utérus, tantôt elle en est distante.

A ce moment les signes physiques n'offrent rien de spécial entre une salpingite à rupture aiguë localisée et une salpingite subaiguë à coque inflammatoire chronique.

Si on laisse évoluer les choses d'elles-mêmes que se passe-t-il ? Le pus peut se transformer et retrocéder, comme cela a lieu dans les vieilles salpingites. Mais le plus souvent après une succession d'exacerbations et de calme, les douleurs reprennent plus vives et deviennent continues ; la fièvre redouble et présente une série de grandes oscillations. On est en face d'un abcès pelvien (Pozzi) avec toutes ses conséquences possibles : ouverture de la grande cavité péritonéale, ouverture dans le rectum ou le vagin. Il nous suffit d'indiquer ces faits sans insister plus longuement.

## DIAGNOSTIC

Sous ce titre nous nous proposons uniquement de réunir les matériaux qui permettent de distinguer l'hématocèle au moment où elle se produit, de la rupture salpingienne au moment de ses accidents initiaux.

Nous ne pouvons que renvoyer aux ouvrages classiques pour le diagnostic entre l'hématocèle en voie de régression et la salpingite suppurée en voie d'évolution (Delbet, Pozzi, Bernutz, etc.).

Rappelons donc tout d'abord les symptômes initiaux de l'hématocèle.

L'hématocèle peut se constituer peu à peu ; mais en général le début est dramatique (Bernutz). Tout à coup une douleur vive intense éclate dans l'abdomen, irradie dans toute son étendue, et retentit sur le rectum, la vessie sous forme de pesanteur. La malade éprouve de faux besoins de défécations, et souvent des mictions fréquentes. Si les accidents se produisent pendant une période menstruelle les règles se suppriment en général, pour reprendre ordinairement un jour ou deux après. En même temps que la douleur surviennent des signes d'hémorragie interne plus ou moins accusés suivant l'abondance du

sang épanché : décoloration des téguments, petitesse du pouls, abaissement de la température, refroidissement des extrémités, sensation de faiblesse ou même syncope (1).

Les jours qui suivent la première apparition des phénomènes morbides, des poussées de péritonite plastique circonscrivent l'épanchement et occasionnent des nausées, du ballonnement du ventre, de la douleur, de la fièvre (2).

Sous l'influence du repos la résolution se fait très souvent, la tumeur se rétracte, diminue lentement et finit par disparaître.

Au toucher on sent dans l'un des culs-de-sac, le plus souvent le cul-de-sac postérieur une tumeur dont la consistance varie avec l'époque où l'examen est pratiqué. Au début la tuméfaction est molle et fluctuante, plus tard elle devient pâteuse; on peut percevoir exceptionnellement une crépitation neigeuse; le plus souvent ce sont des points mous entourés de noyaux plus durs. Si la suppuration survient, on peut sentir à nouveau de la fluctuation.

Le col de l'utérus est repoussé en avant et accolé à la face postérieure du pubis; ou au contraire repoussé en arrière, si l'épanchement s'est fait dans le cul-de-sac antérieur, ce qui est rare.

Par le palper bimanuel on perçoit une tumeur assez grosse du volume d'un œuf de poule, d'une orange, d'une tête fœtale; quelquefois même la paroi est soulevée et bombée jusqu'à l'ombilic (3).

1. Bouilly. *Manuel de pathologie externe*. Tome IV.

2. Pozzi *Loco citato*.

3. Bouilly. *Loco citato*.

Dans l'hématocèle rétro-utérine, le toucher rectal montre l'intestin comprimé contre le sacrum et fait reconnaître la tuméfaction développée autour de l'utérus, et étalée de manière à se mouler sur toute l'excavation pelvienne (Bouilly).

La température toujours apyrétique au début, pouvant même être abaissée, ne montrera d'élévation qu'au bout de plusieurs jours pour de là décroître ou prendre le type rémittent, si la suppuration se produit.

Nous venons d'exposer les termes du problème : rupture salpingienne à forme hématocèle d'une part, hématocèle proprement dite de l'autre. Cherchons à étudier maintenant les éléments qui permettront de faire le diagnostic :

I. — *Antécédents.* — Les antécédents des malades peuvent fournir d'utiles renseignements. Les salpingites suppurées n'évoluent pas en général sans symptômes ; elles déterminent chez les malades des alternatives de rechutes et d'améliorations ; ce sont des douleurs abdominales survenant tantôt sans cause, tantôt sous l'influence d'une fatigue, d'un coït ; le repos au lit les calme ou les fait disparaître, la station debout ou la marche les exagèrent. Les malades pourront noter que ces accidents ont suivi une blennorrhagie, un accouchement, un avortement. Chez nos deux malades (observation II et III) il n'y avait jamais eu, il est vrai, de douleurs abdominales ; mais c'est un fait exceptionnel.

Dans l'hématocèle le passé génital est nul ou peu accusé. On admet actuellement deux causes à l'hématocèle :

la rupture d'un hémato-salpinx ou celle d'une grossesse extra-utérine. Or l'hémato-salpinx peut évoluer sans déterminer de douleur ; cependant, à la Société de chirurgie en 1896, M. le Professeur Terrier, contrairement à M. Bouilly, n'admettait pas que les hématoécèles pussent survenir chez des femmes indemnes de toute lésion anœxielle ; toutes celles qu'il a opérées avaient eu antérieurement des poussées plus ou moins sérieuses de salpingite. C'est également l'opinion de M. Pozzi (1).

Peut-être pourra-t-on également retrouver dans les antécédents le symptôme signalé par Puech, et nommé aménorrhée distillante, ou écoulement incessant de sang en l'absence de véritables règles ; mais pour M. Pozzi (2) ce signe n'a rien de pathognomonique et peut se retrouver dans la métrite.

La grossesse tubaire, surviendrait, pour Lawson Tait (3) dans la majorité des cas, chez les femmes qui n'ont pas encore accouché ou qui n'ont pas eud'enfant depuis nombre d'années. C'est aussi l'opinion de Durshen (4). M. Le Docteur Paquy conclut dans sa thèse de 1897 que la muqueuse tubaire doit être saine pour que l'œuf puisse s'y greffer.

Mais en cas de grossesse extra-utérine il y a des symptômes de plus grande valeur que ces commémoratifs ; ce sont les signes fonctionnels et physiques d'une

1. Pozzi *Loco citato*, pages 917 et 922.

2. Pozzi. *Loco citato*.

3. Lawson Tait. — *Traité des maladies des ovaires. Traduction française*.

4. Durshen. Arch. f. Gynak 1897. Vol XIV n° 2 p. 207.

grossesse au début : picotements du côté des seins, coloration brunâtre et boursoufflement de l'aréole, développement des tubercules de Montgomery, présence du colostrum, troubles gastro-intestinaux, absence de règles depuis un mois ou deux, ramollissement du col utérin. La malade pourra également accuser la perte de morceaux de membranes, débris de la caduque.

II. — *Causes provocatrices.* — Elles n'ont pas grande valeur ; d'après ce que nous avons dit à l'étiologie on peut voir que les mêmes causes peuvent occasionner l'hématocèle ou la rupture d'un pyo-salpinx. Signalons seulement que l'hématocèle (grossesse extra-utérine avérée étant exceptée) est liée d'une façon presque absolue avec l'époque cataméniale.

III. — *Douleur.* — Dans l'hématocèle la douleur du début est bien plus vive ; elle foudroie les femmes ; dans la salpingite rompue, la douleur bien que vive, n'a pas en général cette intensité. Dans l'hématocèle le péritoine entier réagit contre l'irritation produite par l'irruption du sang ; de sorte que la douleur se dissémine sur presque tout l'abdomen. Au contraire, dans la rupture salpingienne, la douleur reste plus particulièrement localisée à la région sous-ombilicale avec prédominance dans une des fosses iliaques.

IV. — *Symptômes généraux.* — L'hématocèle s'accompagne toujours de symptômes propres à une hémorrhagie interne ; s'ils sont très accusés, c'est la pâleur de la face, le refroidissement des extrémités, la lipothymie, la

syncope. Mais alors même que l'épanchement est peu abondant et que, par conséquent, ces symptômes sont atténués, il existe cependant un état de défaillance, dont la femme conserve nettement le souvenir et qu'elle sait accuser lorsqu'on l'interroge de façon précise à cet égard.

Rien de semblable dans la rupture du pyo-salpinx; la douleur peut être assez vive pour porter au cœur (suivant l'expression de certaines femmes), mais elles n'ont eu en réalité ni vertiges, ni sensation de défaillance.

V. — *Appareil digestif.* — Dans l'hématocèle les vomissements initiaux sont la règle; plus tard ils persistent ou non suivant le degré de la réaction péritonéale.

Dans la rupture du pyo-salpinx on ne note au début que des nausées, rarement des vomissements.

Dans l'hématocèle existent d'emblée de la pesanteur rectale, des faux besoins d'aller à la garde-robe. Dans les ruptures salpingiennes nous n'observons ni ténésme, ni épreintes, mais de la douleur souvent très vive au passage des matières et même des gaz; il peut y avoir ou non constipation, mais celle-ci est fréquente (M. Campenon).

VI. — *Appareil urinaire.* — Dans l'hématocèle s'il y a des troubles de miction, c'est sous forme de besoins répétés et de pesanteur.

Dans la rupture d'un pyo-salpinx ce sont des troubles de contractibilité vésicale que nous notons; il n'y a pas de fréquence; des efforts sont nécessaires, la rétention peut exister; en un mot la miction est impossible, difficile ou douloureuse.

VII. — *Température.* — Dans l'hématocèle, le début est apyrétique; dans les ruptures des salpingites purulentes la douleur et la fièvre apparaissent presque simultanément ; il en était ainsi dans notre observation II et les auteurs l'indiquent pour la pelvi-péritonite.

Si on n'observe pas les malades au moment même des accidents, ou peu de temps après, les renseignements donnés par le thermomètre perdent de leur importance ; les jours qui suivent la formation de l'épanchement sanguin la fièvre pouvant se montrer. A la symptomatologie de l'hématocèle nous avons déjà signalé cette élévation de température secondaire (Pozzi-Martin), qui pourrait s'expliquer selon MM. Quénu et Tuffier (1) par la présence de microorganismes au sein des fausses membranes qui enkystent l'hématocèle.

VIII. — *Pouls.* — Dans l'hématocèle, comme dans toute hémorrhagie abondante, le pouls est petit et rapide. A la symptomatologie, nous avons dit manquer personnellement de données pour décrire l'état du pouls dans la rupture de la trompe ; nous avons cité les opinions de MM. A. Guérin, Delbet et Pozzi.

IX. — *Signes physiques.* — Dans l'hématocèle on perçoit par le palper bi-manuel une tumeur assez grosse.

Dans le pyo-salpinx rompu, il n'existe qu'une tumeur petite, qui peut même n'être pas appréciable.

La douleur déterminée par le toucher vaginal est supportable dans l'hématocèle ; dans la rupture d'une salpin-

1. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1893.

gite, c'est une douleur suraiguë faisant fuir la femme sous le doigt qui explore.

Dans l'hématocèle, l'utérus se trouve déplacé en bloc par la tumeur, repoussé du côté opposé à celui qu'elle occupe. Dans la rupture salpingienne l'utérus est très peu déplacé ou même pas du tout.

Dans l'hématocèle, au début, le toucher donne la sensation d'une masse fluctuante; plus tard c'est une succession de points mous et de points plus durs. Dans le pyosalpinx rompu, c'est plutôt de la rénitence que de la véritable fluctuation.

Plus tard, si l'hématocèle passe à la période de suppuration, les sensations du toucher peuvent être identiques dans les deux affections.

L'hémato-salpinx est en général unilatéral; le pyo-salpinx, au contraire, à une période avancée est presque toujours bi-latéral.

On inclinera donc en faveur de la rupture d'un kyste hématique, ou d'un kyste purulent de la trompe, suivant que l'exploration physique reconnaîtra que la trompe du côté opposé à la tumeur est saine ou malade.

X. — Nous tenons à citer, en terminant, un symptôme d'hématocèle indiqué par Dick de Berne; c'est la présence d'urobiline dans l'urine avec ictère brun. Nous n'avons pas de donnée personnelle sur la valeur de ce signe; M. Chaput, en le communiquant à la Société de chirurgie (29 janvier 1896) déclarait ne pas être fixé sur son importance au point de vue diagnostic.

Signalons également un fait sur lequel M. Campenon a bien des fois attiré notre attention, et qui sans avoir une

valeur absolue doit cependant être pris en considération. Nous voulons parler de l'influence sur la douleur des applications réfrigérentes de glace. Dans les collections purulentes, la femme se déclare toujours soulagée par le refroidissement de la paroi abdominale; dans l'hématocèle, au contraire, la glace est mal supportée, souvent même elle exaspère les douleurs et doit être supprimée. C'est un signe qui demande à être vérifié par une longue série d'observations, mais que nous tenons cependant à signaler à l'attention.

—

## INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Quelle conduite devra-t-on tenir en présence d'une rupture de la trompe qu'on soupçonnera se présenter dans les conditions que nous avons décrites ?

Au début les moyens médicaux : glace, sangsues, injections vaginales chaudes, repos au lit, pourront faire disparaître les phénomènes aigus ; on peut même espérer par ces moyens une rétrocession de tous les symptômes. Si on décide à intervenir quel parti prendre ?

Les procédés chirurgicaux préconisés contre les pyosalpinx et les suppurations pelviennes sont nombreux ; nous allons les indiquer sommairement.

I. — Voie vaginale. Ponction capillaire et aspiratrice préconisée par Simpson et Tennesson.

Ponction avec le trocart inventé par le professeur Laroyenne de Lyon.

Incision du cul-de-sac postérieur, grattage, drainage, (Mundé).

II. — Voie rectale préconisée par Byford de Chicago.

III. — Voie périnéale. Périnectomie verticale de Sän-ger et Hegar.

Périnectomie transversale de Zuckerkandl.

IV. — Incision para-sacrée de Zuckerkandl et Wœlfer.

Résection définitive ou temporaire du coccyx et du sacrum selon la méthode de Kraske.

V. — Laparotomie transpéritonéale. Opération de Lawson Tait, suture de la poche aux lèvres de la plaie abdominale.

Drainage abdomino-vaginal.

Salpingectomie simple ou double.

VI. — Laparotomie sous-péritonéale. Pozzi et Hegar. Incision semblable à celle que l'on fait pour découvrir les artères iliaques, décollement du péritoine, ponction et drainage de la poche.

VII. — Amputation sus-vaginale du col.

Hystérectomie vaginale. Opération préconisée par MM. Péan, modifiée par MM. Doyen, Segond, Quénu.

VIII. — Hystérectomie abdominale totale pratiquée en Amérique par Polk et Krug de New-York, Baldy de Philadelphie. Préconisée en France en 1894 par M. Delagenière du Mans ; au congrès de chirurgie de 1897 par MM. Delagenière, Montprofit, Hartmann.

Hystérectomie supra-vaginale préférée, quand c'est possible, à l'opération précédente, par MM. Terrier et Poirier.

Nous n'avons pas la prétention de nous poser en juge entre ces diverses méthodes opératoires ; ce rôle serait trop audacieux de notre part. Nous voulons seulement attirer l'attention sur ce fait : Le commémoratif qu'il y a eu, un jour donné, des accidents simulant une hématoçèle fait prévoir l'absence de coque proprement dite, attirable ou énucléable : on ne trouvera comme parois que des

adhérences plus ou moins friables qui laisseront échapper le pus, si l'on fait des manœuvres d'énucléation.

Il semble donc que la voie vaginale soit préférable toutes les fois que c'est possible ; on peut choisir l'incision vaginale si la collection bombe de ce côté, ou recourir à l'amputation sus-vaginale du col, ou à l'hystérectomie vaginale.

Si l'on se décide pour la voie sus-pubienne, il sera très prudent de vider la poche avant d'aborder les adhérences, et l'on sera presque toujours conduit à terminer par le drainage à la Mickulicz. Au besoin on pourra recourir au mode opératoire suivi par M. Campenon chez la malade de notre observation II.

Chaque cas comporte, nous le savons, sa technique spéciale ; et ce ne sont que des indications générales que nous avons voulu fournir ici : impossibilité d'énucléer sans rupture, impossibilité de faire la marsupialisation.

### **Observation II** (personnelle).

Recueillie dans le service de M. Campenon.

Elisa L..., 27 ans, infirmière.

Le 9 février 1898 à huit heures du soir, au moment où elle montait au dortoir, elle fut prise brusquement de douleurs siégeant dans la partie inférieure de l'abdomen ; ces douleurs, au dire de la malade, étaient si vives, qu'elle fut obligée de se courber en deux pour gagner son lit ; en même temps elle était prise de vomissements ; l'interne de garde appelé ne jugea pas

une intervention immédiate nécessaire et la malade fut transportée salle Petit dans le service de M. Campenon.

Par l'interrogatoire de cette femme, on apprend qu'elle a fait un accouchement en 1888, les suites de couches furent normales ; depuis ni enfant, ni avortement.

Elle accuse avoir eu des pertes jaunâtres très épaisses ; mais jamais, avant les accidents actuels, elle n'avait rien ressenti du côté du ventre. Les règles à l'ordinaire étaient irrégulières comme date d'apparition, mais pas douloureuses ; elles étaient passées depuis huit jours quand éclatèrent les symptômes qui la firent entrer à la salle.

Comme antécédents généraux, elle déclare être très sujette aux angines.

Constipation habituelle. Un mois avant son entrée, elle avait eu la grippe. A l'examen des poumons on constate au sommet droit de l'expiration prolongée et de la diminution du murmure vésiculaire, on constate également une légère submatité et de la diminution de l'élasticité sous le doigt.

*L'examen local est pratiqué par M. Campenon.*

Le cul-de-sac antérieur est libre.

Le cul-de-sac droit et le cul-de-sac postérieur sont occupés par une masse volumineuse.

Le cul-de-sac gauche est occupé par une petite tumeur qui donne la sensation d'une salpingite suppurée.

L'utérus est immobile et soudé à la masse droite ; le col est porté en avant et à gauche.

Ces explorations sont très douloureuses ; surtout au niveau de la fosse iliaque droite et du cul-de-sac droit.

On porte le diagnostic de salpingite double avec rupture de la trompe à droite.

On soumet la malade au repos au lit, glace sur le ventre, injections vaginales chaudes.

A son entrée la température était de 38°,4.

Le lendemain elle descendait à 37°,4. Restait à 36°,8 et 37°,6 le 11 et le 12 février, le 13 elle remontait à 38°,4.

Jusqu'au 25, elle oscille entre 37° le matin et 38°, 38°,4 le soir.

Le 25, elle monte à 38°,8, le 29, à 39°,6, les jours suivants elle oscille entre 37°,4 et 38°,6.

L'opération est décidée et pratiquée le 4 mars.

*Opération. — Laparotomie.* — La tumeur étant peu accessible par le vagin, on pratique la laparotomie. On trouve une tumeur fluctuante du volume d'une mandarine siégeant à droite et en arrière de l'utérus, et adhérente à toutes les parties voisines. A sa partie supérieure elle est limitée par des adhérences intestinales. La paroi est mince et semble devoir se rompre sous le moindre effort. Elle répond à la partie externe de la trompe, tandis que la portion interne de celle-ci nettement augmentée de volume est libre. Profitant de cette disposition, M. Campenon sectionne la trompe au ras de l'utérus après avoir jeté un fil sur sa base, l'extrémité périphérique est alors amenée facilement dans l'extrémité inférieure de la plaie abdominale et suturée à la peau de cette région. Suture de tout le reste de la plaie abdominale. La poche purulente est ainsi transformée en une sorte de bouteille dont le goulot s'ouvre au ras des téguments ; une mince sonde en caoutchouc rouge en assure le drainage et le lavage.

La guérison se fit rapidement. La température qui la veille était de 38°6 et le matin même de 38° tombait dès le lendemain au-dessous de 37° ; et restait normale jusqu'à la sortie de la malade de l'hôpital, dans les premiers jours d'avril.

### Observation III (personnelle).

Recueillie dans le service de M. Campenon.

Jeanne L..., couturière, entrée à la Charité, salle Petit, dans le service de M. Campenon, le 18 mars 1898.

Un mois et demi avant son entrée, elle avait été prise au milieu de la nuit, huit jours après la fin de ses règles, d'une douleur très vive dans le bas-ventre et surtout accusée du côté droit ; cette douleur était exaspérée par le mouvement et la station debout, aussi la malade dut garder le lit.

Les douleurs continuant, elle vint au bout de huit jours à la consultation, où on lui prescrivit le repos au lit et les injections vaginales chaudes. Les douleurs devenant plus vives, elle vint au bout de quelques jours demander à entrer à l'hôpital et fut admise à la salle Petit.

Par l'interrogatoire on apprend que ses règles étaient régulières ; elles avaient apparu deux fois depuis le début des accidents. Pas d'accouchement ni d'avortement. Pertes blanches abondantes, jamais aucun symptôme douloureux du côté du ventre ; la veille même de l'accident, elle ne ressentait rien.

#### *Examen pratiqué par M. Campenon.*

La palpation de la fosse iliaque droite est très douloureuse, surtout au moment où l'on retire la main.

Au toucher le cul-de-sac antérieur est libre.

Le cul-de-sac droit et le cul-de-sac postérieur sont envahis par une masse volumineuse entourant l'utérus en arc de cercle.

Dans le cul-de-sac gauche on trouve une petite masse.

Le col de l'utérus est repoussé un peu en avant et à gauche, l'utérus est immobile.

Le toucher rectal confirme les sensations perçues par le toucher vaginal.

On porte le diagnostic de rupture probable d'un pyo-salpinx.

Repos au lit. Glace sur le ventre. Injections vaginales chaudes.

A son entrée la température était à 36°.

Elle oscille entre 37° et 37°6 jusqu'au 27 mars. Le 27 elle dépasse 38° pour atteindre 38° 8 le 29.

L'opération est alors décidée, mais le lendemain la température étant descendue à 37°4, on attendit.

Le 1<sup>er</sup> avril les douleurs, qui ont passé par des périodes d'exacerbations et de calme, deviennent plus vives, la température est de 38°4.

La constipation est grande; on fait des lavages du rectum; les selles sont blanchâtres, mais ne contiennent pas de pus.

Le 2 avril les douleurs ont disparu, la malade est contente et se trouve bien, la température est de 37°; elle se maintient basse jusqu'au 8 avril.

Le 8 on observe une exacerbation des douleurs, elle rend du pus par le rectum dans l'eau du lavage.

Le 10 avril la température est de 37°, la constipation continue opiniâtre, la malade rend ce qu'elle prend, les traits sont un peu tirés.

Les 12, 13 et 14 la température se maintient aux environs de 37° la malade continue à vomir ce qu'elle prend.

Le 15, vomissements verdâtres; constipation, pas de ballonnement du ventre. Température 37°,2. La malade est très faible. On lui injecte 800 grammes de sérum.

A la palpation de l'abdomen on éveille de la douleur dans toute la fosse iliaque droite, sans qu'on puisse déterminer un point maximum soit au niveau de la trompe, soit au niveau de l'appendice.

L'opération est décidée pour le lendemain.

Le 16 la malade est dans un état de faiblesse plus marquée, ce qui fait renoncer à l'opération. La malade a rendu des lombrics par le rectum. Le ventre n'est pas ballonné, la température est de 37°,4.

Le 17 la faiblesse s'accentue. Mort à sept heures du soir toujours sans température.

Autopsie le 19. — Pas de pus dans le péritoine. Epiploon pas adhérent.

Dans le petit bassin, en arrière et à droite de l'utérus on voit une masse du volume d'une mandarine. L'appendice ilio-cœcal plonge dans le bassin et se trouve accolé à la partie externe de la tumeur mais sans y adhérer. L'appendice est rougeâtre et congestionné; il est perméable, on peut y introduire une sonde cannelée. Il présente une ulcération qui a débuté par l'extérieur, mais on ne peut trouver d'orifice qui puisse faire croire à une perforation. Cet état de l'appendice peut expliquer les phénomènes intestinaux qu'on avait observés chez la malade.

La masse elle-même se trouve constituée à sa partie supérieure par l'iléon qui se laisse facilement détacher. On peut alors voir qu'il existe dans le bassin une petite quantité de pus jaunâtre et assez épais; il est bridé en arrière par le rectum qui présente une perforation; en avant et sur les côtés par la trompe et l'ovaire réunis ensemble, ainsi qu'à l'utérus et aux parois du bassin par des adhérences plus résistantes, que celles de l'intestin grêle; on éprouve de la peine à les rompre.

On enlève l'utérus et les annexes. A droite la trompe, dont les parois sont hypertrophiées, adhère à l'utérus et à l'ovaire ; elle présente à sa partie externe, près du pavillon une rupture qui devait être la cause des accidents.

La trompe gauche adhérente à l'ovaire et aux parois du bassin reposait sur l'S iliaque par son pavillon et limitait ainsi un petit foyer du pus, qui avait dû sortir par l'orifice perméable du pavillon. La trompe était bosselée et un peu augmentée de volume. Il existait un petit kyste de l'ovaire du volume d'une noisette.

Nous avons pu voir en ce moment dans le service de M. Campenon une malade, qui d'après les symptômes cliniques, semble rentrer dans les cas que nous avons signalés ; nous n'en avons pas la preuve absolue, quoique décidée, n'ayant pu être encore faite au moment où nous écrivons ces lignes. Nous la publions à titre de document.

#### **Observation IV (personnelle).**

Femme de 26 ans, entrée à la Charité, salle Petit, le 30 avril 1898.

Le 26 mars, un mois environ avant son entrée à l'hôpital, elle avait été prise brusquement au deuxième jour de ses règles d'une douleur brusque et très vive dans la partie inférieure de l'abdomen avec prédominance du côté gauche, en même temps arrêt des règles.

Le lendemain 27 mars, vomissements. Malgré ses douleurs la femme qui est domestique continue son service et ne se couche que le 5 avril.

Le 14 avril les règles apparaissent et durent dix jours ; les douleurs sont plus fortes pendant cette période.

Depuis qu'elle est à la salle soumise au repos au lit, à la glace sur le ventre, et aux injections chaudes, les douleurs ont beaucoup diminué. La température se maintient à 37°.

Par l'interrogatoire on apprend que cette femme a fait, il y a quatre ans, un accouchement avec suites normales. Il y a 2 ans second accouchement, la malade se lève au bout de sept jours ; elle déclare avoir eu de fréquents malaises depuis.

Il y a un an douleurs brusques comme dans le cas présent, avec pesanteur du côté du rectum ; pertes rouges abondantes arrêtées par le tamponnement. Depuis cette époque elle souffre dans la fosse iliaque gauche, chaque fois qu'elle se fatigue. A l'ordinaire ses règles durent 5 à 6 jours, avancent de 5 ou 6 jours chaque fois ; elles ne sont pas douloureuses.

*Examen pratiqué par M. Campenon.*

Au palper on éveille une douleur très vive dans la fosse iliaque gauche.

Au toucher le cul-de-sac antérieur est libre.

Dans le cul-de-sac droit, très profondément et un peu en arrière on perçoit une masse salpingo-ovarienne.

Dans le cul-de-sac gauche, point fluctuant près du vagin reposant sur une masse épaisse immobile sur la partie gauche du bassin.

Le cul-de-sac postérieur est occupé par le fond de l'utérus fixé dans cette position.

Le col de l'utérus est porté en avant près de la symphyse.

*Diagnostic.* — Salpingite double, rupture probable de la trompe à gauche. Utérus fixé en rétroversion.

## CONCLUSIONS

1° Les ruptures des salpingites purulentes peuvent dans certains cas simuler l'hématocèle.

2° Dans ces faits, il n'existe que des adhérences très friables ; on ne peut ni énucléer sans rupture, ni faire de marsupialisation.

3° Le diagnostic d'hématocèle s'appuiera sur l'absence de passé pelvien, les signes d'une hémorrhagie interne, et dans certains cas, sur la constatation des symptômes d'une grossesse extra-utérine au début.

Les commémoratifs d'un passé pelvien net, la douleur suraiguë au toucher, l'absence de signes d'hémorrhagie interne, l'absence de pesanteur rectale et vésicale seront en faveur de la rupture salpingienne.

4° Pour les raisons exposées plus haut, il sera toujours précieux au moment d'opérer une salpingite suppurée, adhérente, de rechercher s'il y a eu ou non, un jour donné, des symptômes de pseudo-hématocèle.

5° La voie vaginale doit être préférée toutes les fois qu'il est possible ; si on fait la laparotomie, on devra prendre de grandes précautions.

---

Vu par le Président de la thèse.

PAUL BERGER

Vu par le Doyen,  
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :  
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BARDET. — Abcès des trompes utérines. Thèse de Paris, 1883.

BAUDRON. — De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des lésions bilatérales des annexes de l'utérus.  
Thèse de Paris, 1894.

BERNUTZ. — Conférences cliniques sur les maladies des femmes.

BONNET et PETIT. — Traité pratique de Gynécologie.

BOUILLY. — Bulletins de la Société de chirurgie, 1890 et 1891.

CHAPUT. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1896.

CORNIL et TERRILLON. — Anatomie et physiologie pathologiques de la salpingite et de l'ovarite (Arch. de physiologie, novembre, 1887).

CHARRIER. — De la péritonite blennorrhagique chez la femme.  
Thèse Paris, 1892.

DELAGENIÈRE. — Bulletins de la Société de chirurgie 1894 et 1895.

DELBET. — Traité des suppurations pelviennes chez la femme, 1891.

GALLARD. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes.

A. GUÉRIN. — Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux de la femme.

LAWSON-TAIT. — Traité des maladies des ovaires. Traduction française, 1886.

MACQUART-MOULIN. — Des méthodes de traitement chirurgical appliquées aux suppurations pelviennes.

MARTIN. — Traité clinique des maladies des femmes. Traduction française.

MONTPROFIT. — Salpingites et ovarites. Thèse Paris, 1888.

MORDRET. — Etude anatomo-pathologique et clinique sur les salpingites. Thèse Paris, 1890.

PICQUÉ. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1896.

POZZI. — Traité de gynécologie.

— Bulletins de la Société de chirurgie, 1886-1895-1896.

QUÉNU. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1892 et 1893.

REYNIER. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1897.

SEGOND. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1891.

SEUVRE. — Recherches sur l'inflammation des trompes utérines et ses conséquences. Thèse Paris, 1874.

DE SINÉTY. — Traité de gynécologie.

SIREDEY. — De la fréquence des altérations des annexes de l'utérus dans les affections dites utérines. Thèse Paris, 1860.

TANGUY. — Du traitement intra-utérin des collections tubaires. Thèse de Paris, 1894.

TERRIER. — Bulletins de la Société de chirurgie, 1895 et 1896.

TERRILLON. — Leçons de clinique chirurgicale.

— Salpingites et ovarites.

— Leçons sur la chirurgie abdominale.

— Bulletin de la Société de chirurgie, 1891.

VERJUS. — Abscess des annexes de l'utérus. Thèse Paris, 1874.

VERSEPUY. — De la périmérite et de son traitement. Thèse Paris, 1888.

YVAN YORDANOFF. — Recherches cliniques et bactériologiques sur les salpingo-ovarites. Thèse Paris, 1897.



